

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

841

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Anne, Simone, Marie VIRGILI-MARQUES

Née le 19 Mars 1932, à SAINT-HILAIRE de CHALÉONS (Loire-Atlantique)

présentée et soutenue publiquement le

**L'HYDROCORTISONE INTRA-PERITONEALE
DANS LA PRÉVENTION DES ADHÉRENCES**

Président : Monsieur G. PATEL (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI*

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Anne, Simone, Marie VIRGILI-MARQUES

Née le 19 mars 1932

à Saint-Hilaire de Chaléons (Loire Atlantique)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

L'HYDROCORTISONE INTRA-PERITONEALE
DANS LA PREVENTION DES ADHERENCES

--

Président : Monsieur G. PATEL (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN	Léon BINET
	Membre de l'Institut
ASSESEUR	Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon)	SICARD (A)
(Cochin)	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
(Broussais	GENNES (L. de)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Lariboisière	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	N...
obstétricales (Tarnier	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

MM.

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunolo- gie expérimentale ch.à t.pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t.pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie	(COUINAUD (G)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) m.conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

	MM.
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.)
Maladies infectieuses	(CORRE-HURST (Mme L)
	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L)pr.s.ch.)
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C)pr.s.ch.)
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L.)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G)agr.pers.)
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H)m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pédiatrie-Puériculture	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J)pr.s.ch. (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L)m.conf. (KELLERSHON
Pharmacologie	(KREIS (B) (PICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES.CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

MM.

	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.	SEZE (S.de)
Clini-	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
que	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale	(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	pr.s.ch.	rhino-laryng.	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clini-	(CONTE (M)	trique et pué-	
que	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
médi-	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
cale	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie MM. HAUDUROY (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale ETTORI (J) pr. à t. pe
Pathologie chirurgicale RUDLER (J) pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté.....M. LENA (J)
Secrétaires.....Mme BEURLAND (H), Mlle CHAINTREUIL (G)
Mlle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque M.le Dr HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

A ma Mère,

A ma Fille Maria,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. PATEL,

Professeur de Technique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Charles XAMBEU,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital d'Annemasse,
(Haute-Savoie),

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse,

Avec nos remerciements pour
ses précieux conseils et
son enseignement.

L'HYDROCORTISONE INTRA-PERITONEALE
DANS LA PREVENTION DES ADHERENCES

- : -

ETIOLOGIE DES ADHERENCES

--

Toute laparotomie peut comporter dans ses suites, des adhérences passagères à l'origine de certaines coliques et de crises de gaz post-opératoires ; mais le plus souvent, elles se résorbent en 3 à 6 semaines, lorsque les causes d'infection et d'irritation chronique ont disparu. Mais dans certains cas, cependant, persistent des séquelles adhérentielles à l'origine de nombreux troubles.

Il y a 2 sortes de causes locales :

Les lésions du péritoine, qui consistent en la disparition de l'endothélium péritonéal pariétal et viscéral à la suite d'une infection prolongée ;

Les lésions intestinales qui par la voie lymphatique réensemencent le foyer adhérentiel. Il faut ajouter aussi les corps étrangers : tampons, talc, compresses, fils non résorbés.

Ces adhérences sont responsables en dehors des occlusions, de nombreux syndromes douloureux à topographies diverses. La forme douloureuse est caractérisée par des douleurs de type névralgique et surtout pariétales, les autres sont à type de colique, avec des troubles du transit.

Il y a plusieurs syndromes topographiques :

- Les périgastrites et périduodénites avec vomissements de bile, s'observant dans

les suites de la chirurgie des voies biliaires.

- La forme mésocoeliaque avec péritonite diffuse.

- Les formes de la fosse iliaque droite.

- Les péricolites et les péricolites.

- Les douglassites après infections du petit bassin.

On distingue plusieurs sortes d'adhérences :

- Les adhérences régressives que l'on observe après péritonite aiguë, dont la cause a été supprimée en son temps. Certaines de ces adhérences peuvent entraîner la strangulation ou le volvulus, mais peu à peu s'il n'y a pas eu d'accidents mécaniques, la fibrine se résorbe et l'intestin se libère, mais quelques-uns de ces cordages peuvent évoluer définitivement vers la cicatrice.

- La bride ou adhérence cicatricielle est une évolution fréquente pour les adhérences intestinales établies entre l'intestin et la paroi, par iléostomie. Il se forme une bride qui s'étire de plus en plus, rattachant de plus en plus mollement, l'intestin grêle au péritoine pariétal, et au bout de quelques semaines, l'intestin est de nouveau libre. Mais quelquefois, l'adhérence s'organise de manière définitive et c'est alors la bride ou l'adhérence cicatricielle.

Il existe enfin, et surtout, des brides et adhérences progressives, les brides tendent à se reproduire et à se multiplier, un foyer d'adhérences s'étend de plus en plus, et les phénomènes occlusifs se manifestent. Les adhérences de ce type sont dues presque toujours à une maladie d'organe, évolutive

sous-jacente à une épine irritative locale (corps étranger) ou à une maladie générale agissant sur le péritoine (tuberculose).

De nombreux auteurs se sont attachés à reproduire expérimentalement des adhérences, et ont déterminé les facteurs principaux.

° °

ETIOLOGIE DES ADHERENCES - EXPERIMENTATION

En 1951, Monsieur NICOL, de Rennes, s'est attaché à rechercher l'étiologie des adhérences. Ses travaux portèrent sur 90 Rats blancs et Cobayes.

1) La dépéritonisation : sur 10 animaux laparotomisés, il a dépéritonisé un segment de la paroi abdominale et de l'anse iléo-caecale lui faisant face. Au quinzième jour, sur 2 animaux seulement, il a trouvé une mince membrane reliant paroi et intestin, d'où il a conclu au rôle secondaire de la dépéritonisation dans la formation des adhérences ; mais il prit soin de mettre en garde contre des déductions trop hâtives, et pour lui la dépéritonisation reste un facteur primordial dans la formation des adhérences.

2) Sur une série d'animaux, il a déposé des fragments de drain et de compresse, les animaux ont été sacrifiés les 3ème, 9ème et 15ème jours. Dès le 3ème jour, drain et mèche ont entraîné une agglutination des anses de voisinage.

Au 15ème jour, ils sont enveloppés dans une gangue fibreuse, l'évolution semble plus rapide avec la mèche qu'avec le drain.

3) La présence de sang dans le péritoine peut être à l'origine de brides ou d'adhérences. La reproduction expérimentale a été faite en abandonnant 5 à 10 cc de sang.

4) Le talc : 25 mg de talc stérilisé furent déposés dans le péritoine de 10 animaux sacrifiés par paire après 5, 10, 15 jours, 1 mois, 3 mois.

Dès le 5ème jour, la cavité péritonéale a entièrement disparu, les anses agglutinées entre elles, les organes génitaux adhèrent entre eux et à la paroi, à la face supérieure du foie.

Au 10ème jour, l'organisation des adhérences est complète, des brides sont formées.

Au 15ème jour, des cordelettes relient anses et paroi.

5) Des badigeonnages d'anses à la teinture d'iode, le dépôt dans la séreuse de petites quantités d'exoseptoplix et de thiazomide sont restés sans effet.

On pourrait reprocher à Monsieur NICOL d'avoir omis dans ses expériences si intéressantes, le rôle de l'infection.

o

THOMASCHECK et ses collaborateurs après différents essais pour produire des cicatrices intra-péritonéales (talc, solution de soude caustique à 3 p.100, irritation mécanique du péritoine, au cours d'une laparotomie et contusion du caecum par une pince) conclurent que le moyen le plus sûr pour obtenir des adhérences est le traumatisme du péritoine.

Après cette brève étude sur l'étiologie des adhérences, dont la formation est un processus inflammatoire, nous ferons un rappel bref des processus de l'inflammation et de l'action inhibitrice qu'exercent sur elle la cortisone et l'hydrocortisone.

-:-

LA CORTISONE - L'HYDROCORTISONE

ROLE ANTI-INFLAMMATOIRE

-:-

L'étude de l'inflammation a prouvé que le système endocrinien a sur elle une action capitale.

Il existe des hormones pro-phlogistiques, favorisant l'inflammation, et des hormones anti-phlogistiques s'y opposant. Pour les premières il faut citer l'hormone somatotrope et le groupe des minéralo-corticoïdes. Pour les secondes, il faut citer le groupe des glyco-corticoïdes : la cortisone d'abord, et avec un degré d'activité supérieure, l'hydrocortisone, ces faits ont été prouvés par les travaux de SELYE, en 1950 ; TAUHENBAUS et AMROMIN en 1950, RAGAN, SPAIN, HABER en 1950, DUCOMTUN en 1952, HASBOE, HANSEN, 1950-1952, CORNMANN 1951, ALRICH 1951, POLICARD, TUCHMANN, DUPLESSIS 1951, NICOL 1952, ZACHARIAE 1954, HASSE 1956.

Lors de ses travaux sur la poly-arthrite chronique évolutive, BOWLAND a montré que dans les mêmes conditions ; l'hydrocortisone était 50 p.100 plus active que la cortisone.

D'après les travaux de SELYE, repris par ROMANI, on peut distinguer 3 stades dans le processus de l'inflammation.

1) Une phase de dommage aigu à laquelle fait suite rapidement une réaction conjonctive : réactions vasculaires et cellulaires.

2) Une phase d'adaptation au cours de laquelle le processus inflammatoire s'organise, et montre en une certaine mesure, une structure spécifique pour un agent irritant donné: aspect fibroblastique, macrophagique ou géant-cellulaire.

3) Une troisième phase où l'on assiste soit à la cicatrisation des lésions, soit au contraire à une sorte d'épuisement du processus inflammatoire qui aboutit à la nécrose locale, correspondant dans une zone limitée à la phase d'épuisement du syndrome général d'adaptation.

Action de la cortisone et de l'hydrocortisone sur l'inflammation aiguë

La cortisone a un pouvoir inhibiteur sur la formation du granulome inflammatoire, et l'hydrocortisone a un pouvoir de 50 p.100 supérieur.

ROMANI a pris 5 lots de Rats, chez lesquels il a pratiqué un abcès de fixation, un lot servait de témoin et l'autre lot était traité à l'hydrocortisone, par voie locale, 2 lots à l'hydrocortisone par voie générale, et un dernier lot à la cortisone par voie générale.

L'auteur a noté les modifications suivantes:

- une diminution de l'exosérose ; au quatrième jour il constatait une disparition de la zone d'oedème péri-focal,

- une diminution de la vascularisation, marquée surtout avec l'hydrocortisone, de plus, on notait un bouleversement dans la disposition des vaisseaux.

- Le nombre de fibroblastes était réduit, et les figures de mitose absentes.

- une augmentation des mastocytes,
- une diminution des infiltrats éosinophiliques avec la cortisone et une disparition complète avec l'hydrocortisone,
- une inhibition de la formation des fibres collagènes.

Selon BOWLAND, l'hydrocortisone aurait une action plus importante car c'est une hormone plus complète.

Mais l'administration de ces hormones ne va pas sans inconvénient, surtout lorsqu'elles sont employées par voie générale :

- troubles du métabolisme hydro-ionique ;
inflation d'eau et de sodium dans les liquides interstitiels, avec prise de poids, faciès bouffi, oligurie, diarrhée, effets d'autant plus marqués, qu'il y a une déperdition de potassium, cette déperdition entraînant : soif, asthénie, anorexie, atonie intestinale avec constipation et ballonnement (+++)

- modifications de la diurèse,

- hypertension artérielle encore que ces troubles soient peu marqués avec la cortisone et l'hydrocortisone,

- troubles du métabolisme glucidique : le diabète stéroïde est marqué par une glycosurie massive, et sa résistance à l'insuline. Il est obtenu avec des doses parfois faibles,

- troubles du métabolisme protidique avec une destruction protidique globale,

- troubles psychiques avec euphorie, (++)

- les accidents gastro-duodénaux, qui représentent le danger majeur : érosion des muqueuses avec risque d'hémorragie et de perforation à bas-bruit chez l'ulcéreux.

- les accidents infectieux (++) : extension d'un foyer infectieux latent d'où la nécessité d'encadrer la corticothérapie par un traitement antibiotique, en effet, la cortisone détruisant la barrière inflammatoire qui limite le foyer infectieux permet une diffusion en diminuant l'ensemble des processus réactionnels de la défense antimicrobienne, mais ce danger est pallié par l'emploi d'antibiotiques à dose élevée ; de plus, ces risques paraissent peu importants chez l'homme, et la rupture du barrage inflammatoire favorise la diffusion de l'antibiotique;

- retard de la cicatrisation pariétale : mais au cours de l'expérimentation, on n'a pas relevé d'accident de désunion de suture (HASSE, 1956).

En dépit de ces actions secondaires, les stéroïdes n'en restent pas moins les meilleurs agents anti-inflammatoires dont nous disposons, la crainte des accidents dans l'utilisation des stéroïdes par voie générale, limite l'emploi. En ce qui concerne l'action anti-phlogistique locale, les conditions optimales sont plus faciles à réaliser puisque l'agent peut être appliqué à des doses plus faibles, tout en produisant une concentration plus élevée au niveau de l'inflammation.

EXPERIMENTATION DANS LA PREVENTION DES
ADHERENCES PERITONEALES PAR L'HYDROCORTISONE ET LA CORTISONE PAR VOIE GENERALE

-:-

En 1951, Monsieur NICOL, de Rennes avait constaté au cours de ses expériences, l'action inhibitrice de la cortisone - voie générale - sur la formation du tissu de granulation ; de là, il pensa à appliquer cet effet dans la prophylaxie des adhérences péritonéales et fit l'expérimentation sur des Rats blancs et des Cobayes.

Dans un premier temps, il étudia l'étiologie des adhérences : dépéritonisation, corps étrangers, traumatisme, etc...

Dans un deuxième temps, et dans les mêmes conditions, que l'expérience précédente, il injecta chaque jour par voie sous-cutanée 1 mg de cortisone pour 200 g de poids, pendant un jour avant l'intervention et les quinze jours qui suivirent.

Chez les animaux ayant reçu du talc, on ne notait pas d'organisation d'adhérences au 15ème et 30ème jour. Les anses au contact étaient facilement séparables au doigt.

Chez 10 animaux, il n'y eut pas de réaction autour d'un drain, resté libre et dont la lumière conservait sa perméabilité.

Chez 10 autres, préparés avec un fragment de gaze, au 15ème jour, celui-ci était enkysté, dans une coque très mince facilement dissociable.

L'auteur observait des résultats semblables chez 5 Cobayes préparés avec 10 cc de sang ; 3 semaines après, on ne trouvait aucune bride, aucune corde.

En 1951, THOMAS, GREENE et ROADS produisirent des adhérences chez le Lapin en écrasant le caecum avec un clamp de Doyen, ils injectèrent 12,5 mg de cortisone en intra-musculaire 2 fois par jour pendant 3 jours avant l'opération et pendant 4 jours après l'opération ; les 2/3 des animaux ainsi traités montrèrent moins d'adhérences que les animaux témoins.

SCHEINBERG et SALTZSTEIN 1951 expérimentant sur le Chien, provoquèrent des adhérences par l'introduction de talc dans le péritoine. Une série de Chiens fut ensuite traitée par la cortisone, une autre par l'A.C.T.H., une troisième série témoin ne fut pas traitée.

Les animaux furent sacrifiés 2 à 6 semaines après. Ceux qui avaient été traités par la cortisone et l'A.C.T.H. n'avaient presque pas d'adhérences, les témoins avaient un mésentère soudant en bloc, les unes aux autres les anses intestinales collées à la face inférieure du foie.

Une expérience pondérale et chronologique fut poursuivie ensuite chez le Rat. L'injection intra-péritonéale d'une suspension de talc, dans du sérum physiologique, montra qu'il fallait chez cet animal, 2 mg par jour, pendant environ 15 jours pour éviter les adhérences, qui apparaissaient chez les témoins du 3ème au 6ème jour. Une dose plus élevée ; 3 mg par jour, retardait la cicatrisation d'une plaie expérimentale.

ODELL, KAY et TAYLOR en 1951, expérimentant sur des Rats, montrèrent que les adhérences péritonéales dues à une suspension de talc, pouvaient être prévenues en donnant de la cortisone par voie intra-musculaire, soit de 5 à 7 jours avant le dépôt de talc, soit en même temps.

MARGARET et COUGH en 1951, expérimentant sur des Rats produisirent des adhérences chez le Lapin et le Rat par l'introduction de quartz dans le péritoine. Lorsque les Lapins avaient reçu 20 mg de cortisone par jour, et les Rats 5 mg par jour, pendant 30 jours, ils notèrent une inhibition de la fibrose jusqu'au 30ème jour, ensuite les effets cessaient.

HUBAY, WECKESSER, HOLDEN, 1953, dénudaient le jejunum sur 30 cm chez 10 Chiens dont 5 recevaient 8 mg de cortisone par kg et par jour pendant 27 à 35 jours, 5 autres Chiens servaient de témoins.

3 laparotomies successives furent pratiquées. Dans les conditions de cette expérience, lorsque la cortisone fut administrée immédiatement après l'opération, il n'y eut pas d'inhibition de la production des adhérences.

Bien que l'inhibition de quelques adhérences fut notée, lorsque les Chiens recevaient le médicament, avant et après l'opération, cette inhibition n'existait que pour de fortes doses longtemps prolongées.

Et les auteurs conclurent que la cortisone n'a pas le pouvoir de prévenir complètement les adhérences, chez quelque animal que ce soit, bien que les adhérences fussent en général moins extensives et moins denses.

LYALL, en 1953, injecta diverses substances pour produire des adhérences, entre autres, une suspension de talc dans du sérum chloruré isotonique. Les animaux d'expérience étaient des Cobayes, ils reçurent de l'acétate de cortisone pendant 7 jours avant et 7 jours après le dépôt de la suspension de talc. Cette expérience confirma les précédentes à savoir que la formation des adhérences est réduite par l'emploi de la cortisone.

BEAMER, FRIEDMANN et CHU, en 1953 observèrent un retard dans l'apparition de la réaction fibreuse en reprenant l'expérience chez les Souris avec du talc.

°°°

EXPERIMENTATION SUR L'ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE DE LA CORTISONE ET DE L'HYDROCORTISONE LOCALEMENT

- :-

En 1951, POLICARD, TUCHMANN et DUPLESSIS prirent 2 groupes de Souris et leur injectèrent dans le péritoine, une fine suspension de silicate. Un groupe recevait en même temps de la cortisone dans le péritoine et l'autre n'en recevait pas.

Les Souris traitées par la cortisone montrèrent quelques granulations avec quelques fibroblastes et à peine quelques fibres collagènes sur le péritoine. Les ganglions lymphatiques mésentériques étaient bourrés de granulations et ne contenaient presque plus de tissu lymphoïde. Il y avait aussi de nombreuses granulations dans le foie et la rate.

Chez les témoins, il y avait beaucoup de granulations avec d'importants granulomes

dans les ganglions lymphatiques et quelques-unes très petites seulement dans le foie et la rate.

En 1954, ZACHARIAE prit des Lapins de 3 kg pratiqua une laparotomie dans des conditions d'asepsie stricte, et déposa 250 mg de poudre de talc sur l'intestin grêle et le mésentère.

Les Lapins d'expérience reçurent dans le péritoine 50 mg d'hydrocortisone diluée dans 5 cc de sérum physiologique, avant la fermeture du péritoine. Les animaux témoins reçurent 5 cc de sérum physiologique.

Dans les 2 premiers jours qui suivirent l'intervention, les Lapins reçurent 25.000 unités par jour de pénicilline procaïne.

A la fin de l'expérience, les animaux furent sacrifiés et laparotomisés.

Résultats :

Chez les animaux d'expérience, 2 furent sacrifiés au 6ème et au 14ème jour, ils ne présentaient aucune adhérence.

Deux autres, tués après 24 heures montrèrent quelques adhérences légères, mais pas l'agglutination intense présentée par les animaux témoins vus après un délai de 6 jours.

Les résultats de cette première expérience étaient encourageants, mais les doses d'hydrocortisone trop faibles et les délais d'observation trop brefs.

L'expérience suivante comprit 22 Lapins observés pendant 6 semaines. Dans ce groupe on employa des doses croissantes de 100 à 200 mg.

Résultats

Chez les 7 témoins, les adhérences furent très marquées : agglutination totale des anses, et un Lapin mourut d'occlusion intestinale.

Parmi les animaux traités on observait quelques adhérences dans le groupe des 4 Lapins qui reçurent 100 mg d'hydrocortisone ; quelques légères adhérences facilement séparables chez 2 des 5 qui reçurent 150 mg et chez 2 Lapins sur 5 du groupe qui reçut 200 mg d'hydrocortisone. Les autres ne présentaient aucune adhérence.

On releva une mort par pneumonie chez un des Lapins ayant reçu 150 mg, elle a pu être favorisée par le fort dosage d'hormone.

Des coupes furent faites au microscope. Au 14ème jour, les animaux de contrôle présentaient une destruction de la séreuse, une infiltration cellulaire autour des granulomes et le développement d'adhérences, tandis que les Lapins de l'expérience ne montraient que quelques granulomes sous une surface séreuse lisse.

Au bout de 6 semaines, les animaux témoins montraient des adhérences et les Lapins d'expérience quelques granulomes couverts par une surface lisse.

En 1955, de SANCTIS, SCHATTEN et WECKESSER

SERIE I

Les auteurs pratiquèrent une laparotomie chez des Chiens dont 9 de contrôle et 10 d'expérience pesant de 9 à 10 kg.

Dans des conditions d'asepsie stricte,

30 cm d'intestin grêle furent dépéritonisés. Deux semaines après, les adhérences étaient photographiées, disséquées et l'aire de surface adhérentielle mesurée.

Un cathéter de polyvinyl était alors fixé à la surface de l'intestin dépéritonisé et fixé sous la peau. Avant la fermeture de l'abdomen, 50 mg (1 cc) d'hydrocortisone étaient appliqués localement sur la surface endommagée, et pendant 2 jours ensuite 50 mg d'hydrocortisone furent injectés par le drain ceci chez les animaux d'expérience, les autres ne reçurent rien ni par voie locale, ni par voie générale.

Le drain était retiré chez les 2 groupes d'animaux, le 2ème jour après l'expérience ?

Deux semaines plus tard, une troisième laparotomie était pratiquée par une incision nouvelle et quelques adhérences étaient photographiées puis enlevées. L'aire de surface adhérentielle était mesurée, un drain de polyvinyl était de nouveau fixé sur l'intestin dépéritonisé, et l'expérience avec l'hydrocortisone reprise comme dans le premier temps. Un deuxième lot d'observations était ainsi obtenu après la quatrième laparotomie.

Résultats : 2 semaines après la dissection des adhérences et le premier temps du traitement, 2 seulement des animaux de contrôle avaient 50 p.100 de diminution dans l'aire des adhérences, tandis qu'on observait les mêmes résultats chez 5 des animaux traités.

Après le deuxième temps du traitement, 2 des animaux de contrôle et 8 des animaux

traités avaient une réduction d'adhérences de 50 p.100.

Les moyennes pour les animaux de contrôle montrèrent qu'il n'y avait pas de changement de la densité des adhérences d'une laparotomie à une autre, et que chez les animaux traités, l'aire diminuait pendant le même temps de 50 p.100 et plus.

SERIE II

Cette série contenait 5 animaux de contrôle et 5 animaux d'expérience, pesant de 10 à 15 kg. La marche de l'expérience était la même que pour la série I avec cette différence que le dosage de l'hydrocortisone locale était de 100 mg (2 cc) au lieu de 50, et que les animaux de contrôle recevaient pendant l'expérience et ensuite à travers le drain, une suspension liquidienne sans acétate d'hydrocortisone.

Une seule série d'observations fut recueillie.

Résultats :

Chez 5 des animaux témoins, les adhérences restaient les mêmes ou augmentaient entre 2 laparotomies. La moyenne de la surface d'adhérence était augmentée de 62 p.100 chez les témoins. Il y avait au contraire une diminution de 76 p.100 chez les animaux traités.

SERIE III

Les auteurs prirent pour cette série 6 Chiens témoins et 6 Chiens d'expérience pesant de 10 à 15 kg.

5 à 6 cm de jejunum étaient réséqués un drain de polyvinyl était fixé à l'endroit de l'anastomose.

Un dosage d'hydrocortisone semblable à celui de la 1^{ère} série, soit 50 mg était utilisé, et comme dans la série II, les animaux témoins recevaient une suspension liquidienne; l'intervalle entre deux laparotomies était de 17 à 21 jours.

Les adhérences étaient plus importantes chez les témoins. La moyenne d'aire d'adhérences était chez les animaux témoins 10 fois supérieure à celle des animaux traités. Un seul des Chiens témoins eut des adhérences comparables par leur peu d'extension à celle des animaux d'expérience.

Discussion

Les auteurs constatèrent que la réduction de la quantité d'adhérences, était plus grande après le deuxième temps du traitement, et leurs expériences ne purent leur fournir de raisons valables.

Il est possible que dans la série I, la seconde dissection des adhérences ait favorisé une réactivité des éléments du tissu conjonctif, sensibilisés à l'action de l'hydrocortisone.

Dans la série II, un dosage supérieur était employé, ceci peut expliquer les meilleurs résultats obtenus.

Dans la série III, cependant le dosage était le même que dans la série I et cependant la différence entre la quantité d'adhérences chez les animaux témoins et les animaux traités de la série III était beaucoup plus impressionnante.

Dans la série III, l'hydrocortisone était appliquée après la blessure initiale de la

séreuse et non après la dissection des adhérences formées précédemment. Ceci peut avoir eu quelque effet sur la différence des résultats obtenus.

Il est possible aussi que la suspension employée ait irrité les tissus chez les animaux témoins des séries II et III et dans ce cas, la thérapeutique par l'hydrocortisone est encore plus impressionnante.

En plus de cette diminution dans la quantité des adhérences, les 3/4 des Chiens traités montraient une différence dans la qualité de ces adhérences, elles étaient plus vélalementeuses, plus facilement séparables, moins fibreuses.

A la suite de ces expériences, dans les cas sévères d'adhérences, les auteurs pratiquèrent avec succès la péritonisation en y adjoignant 1 à 2 cc (50 à 100 mg) d'hydrocortisone locale.

En 1956, HASSE fit des expériences sur 20 Cobayes et montra que l'hydrocortisone empêche la formation d'adhérences, mais qu'il est impossible d'éliminer les adhérences déjà formées par l'injection intra-abdominale d'hydrocortisone.

D'après RAGAN, la cortisone empêcherait la formation du granulome, mais elle ne le modifierait qu'assez peu une fois formé.

Au contraire de BAKER et de quelques autres, HASSE en traitant 7 malades par l'hydrocortisone n'a pas observé d'insuffisance de suture ni de retard dans la cicatrisation ; deux malades qu'il dût relaparotomiser en raison de leurs adhérences ne souffrent d'aucun trouble.

En 1958, HASSE rapporte le cas de 15 malades qu'il a traités de la même façon avec le même succès.

En 1958, THOMASCHECK expérimentant sur 362 Rates albinos a prouvé qu'une seule instillation d'hydrocortisone sur la partie lésée du péritoine au cours d'une laparotomie, préserve ou atténue la formation d'adhérences.

Après différents essais pour produire des cicatrices intra-péritonéales, le traumatisme lui parut le moyen le plus sûr d'obtenir des adhérences.

Avec 10 mg, il obtint une réduction nette des adhérences, avec 1 mg seulement, la réduction était observable au bout de 10 jours mais moins nette.

Au doses employées, il n'a pas observé de réactions secondaires.

Une irritation du péritoine seulement par l'hydrocortisone en temps que corps étranger peut être niée, cependant dans la littérature on fait état d'une diminution de la résistance locale.

o

Nous allons passer ensuite à l'étude de 46 observations étagées sur 3 ans, et où nous avons employé l'hydrocortisone intra-péritonéale, en espérant diminuer ainsi la formation des adhérences. On y relève 28 péritonites dont

- 14 d'origine appendiculaire,
- 2 par ulcère perforé
- 5 d'origine gynécologique
- 3 d'origine biliaire,
- 3 d'origine sigmoïdienne,
- 1 d'origine inconnue,

2 observations pour hémorragie abdominale
l'hydrocortisone était indiquée du fait
de l'état congestif de l'intestin,

1 pour tuberculose **iléo-caecale**,

1 pour iléite terminale,

et 16 pour périviscérite chronique, avec ou
sans occlusion.

Il y a eu un décès pour une appendicite
opérée in extremis.

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION N° 1

Jean-François Cha..., 8 ans. Opéré par le Docteur XAMBEU

21.12.56 : Appendicectomie

Il s'agit d'un appendice pelvien très rouge, entouré de fausses membranes au niveau de la pointe, il y a du pus abondant dans tout l'abdomen ; l'appendice n'est pas perforé.

On assèche le péritoine à l'aspirateur, et on met de la tifomycine intra-abdominale, on ferme sur lame de caoutchouc.

29.12.56 : devant l'occlusion post-opératoire, persistante, on agrandit l'ouverture, on glisse un doigt autour du caecum, il n'y a pas d'abcès proprement dit, mais des fausses membranes assez nombreuses. On libère la dernière anse iléale, seule adhérente et on met 2 g de tifomycine autour du caecum et on draine.

On aspire dans le duodénum. On continue le traitement médical avec tifomycine, terramycine, plasma protéolysat chlorure de potassium en perfusion.

31.12.56 : Kaliémie à 0,105 g.

6.1.57 : Réapparition des gaz et des selles.

9.1.57 : Kaliémie à 0,143 g.

10.1.57 : Nouveau syndrome occlusif.

On fait une incision iliaque droite, et on tombe sur un gros foyer de périviscérite de la fosse iliaque droite portant sur les dernières anses grêles, les anses sont libérées, mais l'occlusion siège plus haut, car ces dernières anses sont plates. En libérant les anses de proche en proche, on arrive vers le milieu du grêle, sur une zone où existe une striction nette. Après avoir libéré toute la partie basse du grêle, on place dans les deux zones adhérentielles (fosse iliaque droite et milieu de l'abdomen) 2 petits drains par lesquels on injecte les jours suivants de la tifomycine et de l'hydrocortisone.

Cet enfant est le premier de cette série de malades ayant reçu de l'hydrocortisone.

Suites opératoires :

Le soir de l'intervention, la température est à 37°2

1er jour 38°2 / 38°2

2ème " 36°9 / 37°4

3ème " 36°8 / 37°4

4ème " 36°9 / 37°2

L'enfant a reçu de l'hydrocortisone pendant 3 jours avec 25 mg de potassium, de la tifomycine pendant 4 jours, aspiration continue.

Le 29 janvier, l'enfant quitte l'hôpital en parfaite santé et depuis se porte très bien, il ne souffre d'aucun trouble.

Cette observation relate un cas où l'on désespérait de sauver le jeune malade, l'occlusion ayant résisté à l'aspiration, après

être réintervenue à 2 reprises, on avait trouvé une périviscérite infectieuse et des petits abcès ayant résisté aux antibiotiques locaux et généraux; après ces nouvelles interventions, l'occlusion n'avait cédé qu'un jour, pour reprendre aussitôt. C'est à la 3ème intervention, que l'on décide de prévenir l'occlusion en ajoutant de l'hydrocortisone aux antibiotiques, les lésions étaient importantes et paraissaient devoir aboutir à une nouvelle occlusion par formation d'anses coalescentes. La surprise fut grande de voir la température tomber dès le lendemain, les gaz réapparaître le 1er jour, et l'enfant guérir simplement et totalement.

Depuis cette 1ère observation, l'hydrocortisone locale a été employée chez tous les malades dont les lésions faisaient craindre une occlusion post-opératoire.

o

OBSERVATION N° 2

Enfant Dominique de Leu... Péritonite appendiculaire, opéré par le Docteur BOSSON.

10.9.57 : Opéré pour péritonite appendiculaire. Des flots de pus s'écoulent qu'on assèche à l'aspirateur. L'appendice très rouge, présente une petite zone gangréneuse à sa partie médiane avec perforation.

1 gramme de streptomycine dans le ventre et 100 mg d'hydro-cortisone sont mis avant la fermeture sur un petit drain pour instillation d'antibiotiques intra-péritonéaux.

Les suites opératoires sont excellentes, l'enfant est apyrétique le 2ème jour, et émet ses premiers gaz ce même jour.

Sort le 25.9.1957

o

OBSERVATION N° 3

Lucie Deb.... Pérítónite pre mortem opérée
par le Docteur XAMBEU

15.1.58 :

La malade est hospitalisée pour occlusion fébrile avec état de collapsus complet, après avoir remonté la malade par transfusion et nor-adrenaline, on fait une incision iliaque droite qui montre un appendice gangréneux, une pérítónite généralisée et cloisonnée en abcès multiples séro-purulents, des plaques de gangrène réparties dans l'abdomen.

On enlève l'appendice, on met hydrocortisone, pénicilline et streptomycine.

Quelques heures après la malade meurt dans le collapsus complet.

o

OBSERVATION N° 4

Marcel Bou...., 29 ans. Pérítónite d'origine appendiculaire, opérée par le Docteur XAMBEU.

13.12.58

Est opéré pour crise d'appendicite aiguë. On trouve des flots de pus dans tout l'abdomen. L'appendice est rétro-caecal et perforé. On aspire le pus. On met 125 mg d'hydrocortisone plus pénicilline et streptomycine. On ferme sur un petit drain, permettant l'aspiration, par ce drain on injecte dans les jours qui suivent hydrocortisone et antibiotiques.

Les suites sont bonnes, le malade est apyrétique le deuxième jour. Revu cette année : il va bien.

OBSERVATION N° 5

Josiane Ram..., 11 ans. Abscès pelvien opéré par le Docteur BOSSON

Abscès pelvien. L'appendice vient en plusieurs morceaux, l'abcès vidé on met dans le ventre 125 mg d'hydrocortisone et de la tifomycine. On ferme sur drain, et pendant 8 jours on injecte tifomycine et hydrocortisone.

Les suites opératoires sont bonnes. Dès le 2ème jour, réapparition des gaz, apyrexie le 4ème jour.

o

OBSERVATION N° 6

Jeanine Sua..., 20 juin 1958. Opérée par le Docteur BOSSON.

Enorme mucocèle aiguë appendiculaire. On met hydrocortisone et tifomycine et on ferme sans drainage.

Le soir de l'intervention, la température est à 37°8.

1er jour 37°4 / 37°8

2ème jour 37° / 38°6

3ème jour 37°7 / 37°7

4ème jour 37°2 / 36°8

Ensuite, l'apyrexie est définitive.

Elle a reçu 2 millions de pénicilline par jour pendant 4 jours.

o

OBSERVATION N° 7

Marcel Cap..., 50 ans. Péritonite appendiculaire, opérée par le Docteur XAMBEU.

5.6.59 : Opéré pour crise d'appendicite aiguë. On trouve un appendice rétro-caecal, du pus en abondance modérée. On met un drain et 125 mg d'hydrocortisone.

Suites opératoires :

- apyrexie au 3ème jour,
- selles spontanées au 5ème jour,
- drain enlevé au 8ème jour.

Ce malade, revu un an après, s'estime amélioré par l'intervention, il souffrait auparavant de constipation de douleurs abdominales et de ballonnements, ces phénomènes ont disparu, la constipation sans avoir disparu a régressé.

Nota : après l'intervention, le malade a reçu 1 g de streptomycine par jour pendant 7 jours, et de la tifomycine pendant 6 jours.

o

OBSERVATION N° 8

Annie Sau.... Appendicite aiguë mésocoelique, opérée par le Docteur XAMBEU.

6.6.59 : Est hospitalisée en crise aiguë d'appendicite avec défense péritonéale localisée à la partie médiane de l'abdomen, voire gauche.

On fait une incision iliaque droite que l'on doit agrandir, on ne trouve pas d'appendice, on sent progressivement l'intestin grêle anse par anse jusqu'au caecum au milieu de l'abdomen et qui est absolument libre depuis l'angle droit.

Le caecum est attiré à la fosse iliaque droite, l'appendice est entouré de fausses

membranes.

On met 1 million de pénicilline et 2 cc d'hydrocortisone.

o

OBSERVATION N° 9

André Fou..., 28 ans. Péritonite appendiculaire sur caecum médian, opéré par le Docteur XAMBEU.

11.11.59

Hospitalisé pour un syndrome péritonéal. La température est à 39°5, la douleur est très importante. A l'intervention, on trouve du pus dans le péritoine. Le caecum est médian, après agrandissement, on finit par le trouver, il est d'un volume absolument monstrueux et il est possible qu'il se soit particulièrement plicaturé sur son pédicule.

A sa partie postérieure, siège un long appendice couvert de fausses membranes et perforé à sa base. Appendicectomie, hydrocortisone et streptomycine dans le péritoine.

Suites opératoires : Dès le lendemain matin, la température est à 37°8, le malade a une crise de gaz le soir, il est très ballonné et souffre, on le calme par spasmalgine et atropine. Le 2ème jour, il a des gaz et est apyrétique. Par la suite, l'évolution est très bonne.

Mai 1960 : Il va bien, ne souffre pas, les crises de ballonnement dont il souffrait, ont disparu depuis l'intervention; il va à la selle tous les matins.

o

OBSERVATION N° 10

Madame Paulette Mig... Péritonite appendiculaire opérée par le Docteur XAMBEU.

6.1.60

On intervient pour un syndrome péritonéal du petit bassin. A l'ouverture, on trouve une sérosité louche et rosée. L'appendice se présente au milieu du petit bassin, il est congestif. Tout le petit bassin est le siège d'un état inflammatoire qui donne un aspect lymphangitique à toute cette région. Il semble sortir une goutte de pus par une trompe, mais il n'y a pas de lésion caractéristique ni des ovaires, ni des trompes.

L'appendice est enlevé, on met pénicilline, streptomycine et hydrocortisone dans le petit bassin.

Suites opératoires :

Le soir : température à 40°

Le 1er jour : 38°3 / 38°1

2ème " : 36°8 / 37°

o

OBSERVATION N° 11

Jacqueline Sta..., 19 ans. Abcès pelvien, opéré par le Docteur BOSSON.

4.5.60

Hospitalisée avec le diagnostic d'appendicite : douleurs dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements, au toucher vaginal, une petite masse dans le cul-de-sac droit, grosse comme une petite pêche.

On hésite entre appendicite et salpingite, la malade est traitée aux antibiotiques et glace sur v. Dans la nuit du 5 au 7, brutalement, perforation d'un abcès pelvien d'origine appendiculaire et tubaire.

On intervient, on trouve la trompe droite et l'appendice totalement gangrénés. L'appendice est en situation pelvienne.

Mèche, drainage, hydrocortisone, antibiotiques.

Le 6 au matin,	température à	38°8
7		38°4
8		37°
9		37°
10		38°

Elle reçoit chaque jour, 2 millions de pénicilline et 1 g de di-hydro-streptomycine.

Du 7 au 9 mai, sonde rectale pour soulager le ballonnement.

Le 11, on enlève le drain.

Le 13, elle est toujours sub-fébrile, pus dans le pansement, douleurs abdominales à type de brûlures. Il y a désunion partielle de la cicatrice autour du drainage.

Du 13 au 23 mai, la température oscille entre 38° et 39°.

Le 25 mai au matin, température à 36°8, on arrête les antibiotiques.

Un mouvement sub-fébrile persiste jusqu'au 12 juin, depuis, apyrexie complète.

La malade quitte l'hôpital le 18 juin.

Discussion :

Il faut noter ici la prolongation de l'infection, mais l'étendue des lésions peut expliquer parfaitement la durée de l'infection, on doit reconnaître cependant que le résultat fut moins bon que d'habitude.

o

OBSERVATION N° 12

Michèle Gra..., 17 ans. Gangrène et perforation appendiculaire, opérée par le Docteur BOSSON.

4.6.60

Opérée pour appendicite en pleine crise.

Il s'agit d'un appendice rétro-caecal, entouré de fausses membranes gangréneuses et perforé.

On met hydrocortisone, pénicilline et drain.

Suites opératoires :

On continue l'hydrocortisone in situ pendant 4 jours. On ajoute 2 millions de pénicilline et 1 g de streptomycine par jour.

Pendant 6 jours, la température est à 38° le soir avec une rémission de 3/10 le matin.

Le 7ème jour, la température est à 37°8.

Le 12ème jour, la température est à 36°8, le matin et à 37° le soir, elle ne remonte pas par la suite.

La malade a eu des gaz dès le 2ème jour et a été à la selle le 4ème jour.

o

OBSERVATION N° 13

Rodolphe Ber..., 27 ans. Péritonite appendiculaire localisée, Docteur XAMBEU.

9.5.60

Entre à l'hôpital à 1 heure du matin et présente une crise d'appendicite aiguë, avec température à 38°5.

A l'intervention, on trouve du pus en quantité modérée. On met pénicilline, hydrocortisone, sans drainage.

Le matin à 8 heures, la température est à 37°5 le malade fait ses premiers gaz dans l'après-midi.

10.5 : température à 37°

11.5 : apyrexie.

12.5 : premières selles.

o

OBSERVATION N° 14

Floréal Ber..., 38 ans. Appendicite aiguë avec début d'abcès, Docteur XAMBEU.

12.5.1960 :

Malade adressé avec le diagnostic d'appendicite, mais la douleur est atypique, débutant dans l'hypochondre droit, puis au bout de 48 heures, signes nettement localisés à la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle, on sent un véritable empâtement.

A l'intervention, on sent un véritable magma péri-caecal, dans lequel on sculpte peu à peu un appendice gangréneux.

On met pénicilline et hydrocortisone, on ferme partiellement sur drain dans le Douglas qui était rempli de pus.

Suites opératoires :

13 mai 1960 : température à 38°2, premiers gaz dans la matinée, cependant léger météorisme.

14 mai : apyrexie qui se maintient par la suite.

15 mai : premières selles.

Traitement post-opératoire :

- pénicilline 2 millions
- streptomycine : 1 g.

Sort le 24 mai 1960.

o

OBSERVATION N° 15

Robert Def..., 25 ans. Péritonite par perforation d'ulcère, opérée par le Docteur XAMBEU.

8.5.60

Diagnostic clinique hésitant entre ulcère perforé et péritonite appendiculaire. Le

syndrome péritonéal est prédominant, le malade n'a aucun passé gastrique. Dans la fosse iliaque droite, on trouve un appendice tout rouge, entouré de fausses membranes, mais il existe beaucoup de liquide et il semble qu'à l'ouverture du péritoine, il sorte un peu d'air. Dans ces conditions, on pense que l'appendice n'a été enflammé que par le liquide gastrique venu d'un ulcère perforé sus-jacent. On fait une médiane qui montre une perforation ronde à l'emporte-pièce, du duodénum. On met un tuyau d'aspiration en D2, et on place un drain par une incision latérale. On met de l'hydrocortisone dans le péritoine pelvien, qui contenait beaucoup de liquides et était le siège de fausses membranes.

Suites opératoires :

Température à 38° tous les soirs pendant 4 jours. Aspiration, pendant 4 jours.

12 mai : premiers gaz et disparition des ballonnements,

14 mai : température à 37°2,

15 mai : premières selles spontanées, l'apyrexie complète se maintient.

Pendant tout ce temps, le malade reçoit 5 millions de bi-pénicilline et 1 g de streptomycine par jour.

Revu 1 mois après, Monsieur Def... va très bien, ne présente aucun trouble digestif, va à la selle tous les jours, n'est pas ballonné et ne souffre pas.

Discussion :

Il y a 2 ans, mettre de l'hydrocortisone dans l'étage sous-mésocolique nous aurait paru un geste hardi, mais les résultats obtenus nous ont encouragés. Il faut ajouter aussi que l'état de l'étage sous-mésocolique

rempli de fausses membranes inspirait quelques inquiétudes. Les suites opératoires excellentes ont encouragé cette attitude hardie.

o

OBSERVATION N° 16

Venturino Fer... Ulcère perforé opéré par le Docteur XAMBEU.

2.6.60

Ulcère perforé chez un malade ayant un passé ulcéreux. On fait une gastrectomie d'urgence. Polya en 2 plans. On met pénicilline et streptomycine dans l'abdomen, de l'hydrocortisone dans la partie basse, et une petite lame de caoutchouc dans l'hypochondre droit.

Suites opératoires :

1er	jour	38°2	/	38°5
2ème	"	37°5	/	37°
3ème	"	37°7	/	37°
4ème	"	37°8	/	38°

Réaction fébrile en rapport avec un petit foyer pulmonaire, on donne de la solumédine en intra-veineuse.

5ème	jour	37°5	/	38°
6ème	"	37°2	/	37°4 premières selles
7ème	"	37°	/	37°4

Les antibiotiques ont été donnés à la dose de 5 millions de pénicilline par jour pendant 5 jours, puis 2 millions pendant 4 jours, et tous les jours 1 g de streptomycine.

o

OBSERVATION N° 17

Madame Mireille Dru..., 28 ans. Grossesse extra-utérine double, rupture côté droit opérée par le Docteur XAMBEU.

8.11.58

Syndrome de grossesse extra-utérine assez net. A l'intervention, du côté droit le plus douloureux, se présente une grossesse extra-utérine, type hémato-salpynx enkysté avec dilatation importante de la partie distale de la trompe. On résèque partiellement la trompe.

Il y a aussi un kyste de l'ovaire droit du volume d'un oeuf de pigeon. Du côté gauche, on trouve aussi un hémato-salpynx, on fait là aussi une résection de la partie distale de la trompe, et une anastomose tubo-ovarienne bilatérale après avoir fendu la trompe.

Hydrocortisone et pénicilline dans le Douglas.

Courbe de la température :

	37°6	le soir de l'intervention
1er jour	37°2 / 37°4	
2ème "	37° / 37°6	
3ème "	37°4 / 37°4	
4ème "	37° / 37°2	

Mai 1960 :

Madame Dru... se plaint de douleurs abdominales sans localisation précise, et de crises de ballonnement soulagées par les gaz, elle est constipée (3 jours maximum). Il faut remarquer qu'il s'agit d'une femme en mauvais état général et très nerveuse, présentant de nombreux tics.

o

OBSERVATION N° 18

Madame Marie Dav..., péritonite par rupture de pyosalpynx, par le Docteur XAMBEU.

10.3.58

A l'ouverture, on trouve du pus diffus dans le péritoine, il s'agit d'un énorme

pyo-salpynx rompu à droite, du côté gauche existe aussi un pyo-salpynx. On enlève les annexes, comme il persiste un suintement dans le Douglas, où ces organes étaient adhérents, on met une mèche et un drain et l'on met de la cortisone dans l'abdomen.

Revue en mai 1960, cette malade qui a pris 20 kg, ne souffre pas, n'est ni constipée, ni ballonnée.

o

OBSERVATION N° 19

Marthe Don..., 51 ans. Fibrome opéré par le Docteur XAMBEU, en voie de nécrobiose.

26.10.58

Est hospitalisée avec un syndrome douloureux abdominal aigu et une température à 38°2. On pose le diagnostic de pyo-salpynx ou de kyste tordu.

A l'intervention, on trouve un fibrome mou volumineux ; on fait une hystérectomie sub-totale avec conservation des annexes. On met thrombase, pénicilline et hydrocortisone.

Mai 1960

Madame Don... va bien, ne présente pas de ballonnements, pas de constipation, ne souffre pas et se trouve très améliorée (elle était autrefois très constipée).

o

OBSERVATION N° 20

Christiane Gin.... Salpingite chronique, opérée par le Docteur XAMBEU.

16.6.59

Depuis 2 ou 3 jours, présente un syndrome abdominal aigu avec métrorragies. On incise on trouve un gros ovaire kystique et un peu

saignant que l'on résèque. La trompe gauche donne issue à du pus, cette trompe est obturée par des lésions inflammatoires d'allure calcifiée, on trouve les mêmes lésions du côté opposé. On pratique une salpingectomie subtotal bilatérale, on anastomose le moignon de la trompe aux ovaires.

Hydrocortisone, pénicilline, streptomycine in situ.

Suites opératoires :

Madame Gin... a reçu 1 million de pénicilline et 1 g de streptomycine le premier jour, puis streptomycine seulement pendant 4 jours.

Le 1er jour : la température est à 36°8; le matin et à 37°2 le soir, cette apyrexie se maintient.

o

OBSERVATION N° 21

Madame Simone Jui..., 24 ans. Salpingite opérée par le Docteur BOSSON

10 août 1959 :

Intervention pour salpingite droite; liquide clair dans le péritoine, plusieurs kystes dans le Douglas, nombreuses adhérences, fixation par raccourcissement des ligaments ronds, on met de l'hydrocortisone dans l'abdomen. Les suites opératoires sont excellentes. La malade est apyrétique dès le lendemain.

Sort le 22 août 1959

Mai 1960 : cette femme va bien.

o

OBSERVATION N° 22

Raymond Gau..., 30 ans. Péritonite biliaire et pancréatique aiguë hémorragique, opéré par le Docteur XAMBEU.

27.8.57

Sous le foie, on trouve un épanchement sanglant et bilieux et dans la région péritonéale, allant vers le pancréas, un hématome pré-pancréatique diffusant. Après avoir vidé l'épanchement biliaire, on fait une cholécystostomie pour extraire un calcul enclavé dans la vésicule et mettre une sonde de Pezzer à l'intérieur. On ferme au nylon dur, tifomycine, on met un drain et une mèche.

Le soir de l'intervention, le malade a un pouls à 120 ; il est légèrement dyspnéique, malgré une série de perfusions de novocaïne, le lendemain matin, l'état s'aggrave, en particulier, la dyspnée est devenue extrême ; c'est une dyspnée sine materia, au rythme de 56 mouvements respiratoires par minute. On installe en plus de la novocaïne, un traitement par l'hydrocortisone à la dose de 500 mg par voie locale, et 300 mg en 4 fois par voie générale.

L'évolution est favorable. 6 heures après le début du traitement, la dyspnée toxique régresse.

4.10.57

Les orifices de drainage s'étant rétrécis, on les réunit par une incision qui donne issue à une grande quantité de pus, dont l'origine se trouve derrière la queue du pancréas. On élimine ainsi de nombreux foyers nécrotiques, et on installe un drain de Marion pour transmettre des lavages à la pénicilline, du côté droit adhérences barant la vue.

Discussion

La fistule dure plusieurs mois avec élimination de débris nécrotiques. Il s'agissait de nécrose pancréatique, drainée avec fistule secondaire, l'hydrocortisone n'agissant

que quelques jours, elle n'a pu empêcher la formation de ces adhérences autour du drain.

Mai 1960

Le malade va bien, ne présente aucun trouble. Les radiographies montrent un estomac de position normale avec muqueuse normale.

Le cadre duodénal se présente en fer à cheval ; avec une muqueuse nettement tracée.

La seule chose qu'on pourrait signaler, c'est l'espace assez important entre l'estomac et les trois côtés du cadre duodénal.

Intestin grêle sans particularité.

o

OBSERVATION N° 23

Daniel Vag..., 22 ans. Péritonite biliaire pour blessure chirurgicale du cholédoque, opéré par le Docteur RUDLER.

Cette longue histoire commence le 2 août 1957 par une cholécystectomie.

On trouve une vésicule atrophique contenant un gros calcul, le cystique contient aussi un calcul, le cholédoque anormal est dans le même feuillet que le cystique.

12.8.57

Sans température, sans contracture, le malade donne des signes inquiétants et on pense à un cholo-péritoine par lâchage d'un canal lié, on ouvre l'incision préalable et on met un drain par contre-incision. Dès le lendemain, les urines sont foncées, et en 4 ou 5 jours, s'installe lentement un subictère, qui va en s'accroissant. On pense à une anomalie plus complexe que ce qui a été prévu et qu'il y a au moins un canal accessoire ou un canal hépatique droit qui a dû être pris dans une ligature.

22.8.57

On réintervient, et on trouve sous le foie, des flots de bile qui ont fusé en avant du côlon dans les anses grêles. On met un drain directement par la plaie et une grosse mèche pour barrer la route vers le foie. La bile est enlevée à l'aspirateur et on fait une contre-incision latérale droite pour vider la bile dans le Douglas.

Hydrocortisone (125 mg) et tifomycine dans l'abdomen. On ferme partiellement sur drain.

23.11.57

Fistulo-anastomose pratiquée par le Professeur RUDLER de Genève.

On rencontre des adhérences dans l'angle colique droit qu'on ouvre volontairement au début, près du duodénum qu'on sépare avec difficulté. Il existe un orifice à la sortie du hile du foie d'où sort la bile. Agrandissement et anastomose à une anse grêle isolée ; drain sous-hépatique.

Il faut noter qu'on n'a pas trouvé d'adhérences dans la région sous-mésocolique.

24.11.57

Syndrome hémorragique grave. Transfusion, réouverture en 3 points en haut de la cicatrice, présence de sang dans l'étage sous-mésocolique.

On met : lame de caoutchouc en haut
2 lames en bas,
3 mèches au centre.

1.12.57 : Eviscération

La partie supérieure de l'incision ayant lâché au-dessus de l'anse anastomosée à l'hépatique, on fait une suture en un plan avec bord à bord à la peau, quelques gaz sortent.

5.12.57

L'incision iliaque droite devient rouge, on fait une petite incision, il jaillit plus d'un litre de sang ; on met un drain aspiratif. Il faut noter que l'on n'a pas mis d'hydrocortisone.

7.12.57 : fistule colique sur incision médiane totale.

16.12.57

Incision iliaque droite, le caecum se présente au milieu d'anses grêles congestives, on met une sonde de Pezzer dans le caecum, on fait quelques points au catgut chromé sur l'anse transverse, on rapproche les muscles en avant de cette suture.

20.12.57 : fistule sur anse montée au cholédoque.

11.6.58 : Fermeture de la fistule

On pratique une incision para-médiane droite, on libère quelques adhérences, on se rend compte que la fistule qui avait été faite sur l'intestin a été faite sur l'iléon dilaté, et non pas sur le caecum. On excise cette fistule droite, on la libère de la paroi et on ferme cette fistule ainsi qu'une petite zone blessée par la libération d'adhérences.

On se rend compte que le côlon droit est court, et que la fistule colique médiane se trouve non loin du caecum. Après excision de la fistule, remise du côlon en place, on fait une suture bout à bout sur 2 plans. On excise à son tour, la fistule sur l'anse montée. On ferme en 2 plans, on fixe l'anse suturée sous la paroi droite, on met une plaque de nylon de quadruple épaisseur, et dessus on pose une greffe de peau totale prélevée sur la cuisse.

Pénicilline, streptomycine dans le ventre, petit drain contro-latéral droit.

28.6.58 : Occlusion

Incision dans la cicatrice faite par le Professeur RUDLER sur le flanc gauche. On retrouve des anses dilatées et une bande de striction nette. On sectionne la bride et on met de l'hydrocortisone dans le péritoine.

Mai 1960 :

Depuis la dernière intervention, le malade va bien, n'a pas de ballonnement ni de douleurs, va à la selle tous les jours à heures régulières, se plaint de quelques troubles gastriques et est en bon état général.

Discussion : Malgré les interventions multiples avec fistule, drainage, péritonite biliaire et hémorragie, l'occlusion ne s'est produite qu'autour d'une bride unique.

De tous les malades ayant reçu de l'hydrocortisone dans le péritoine, c'est le seul qui fut réopéré 1 an plus tard d'une occlusion. Il paraît même étonnant qu'elle se soit constituée autour d'une bride unique, le reste du grêle étant absolument libre de toute adhérence. Après tant d'interventions, cette constatation a paru plutôt encourageante.

o

OBSERVATION N° 24

Pietro Tas..., 68 ans. Sténose du pylore par fistule bilio-duodénale, fistule cholédocienne secondaire, opéré par le Docteur RUDLER et le Docteur CROSETTI.

16.6.59

Cholécystectomie et gastrectomie type Péan.

A l'intervention, libération d'adhérences pariétales discrètes, pylore cartonné dur, en liaison intime avec une vésicule ratatinée entourant un caillou ; la vésicule est perforée dans l'antré gastrique juste au niveau du pylore, on libère la vésicule ce qui entraîne son ouverture par laquelle s'écoule du pus, elle est libérée de ses adhérences, et le canal cystique lié ; on pratique une cholécystectomie rétrograde, on s'aperçoit à ce moment qu'une énorme artère suit la vésicule. On la libère progressivement, en continuant la libération de la vésicule, celle-ci est ouverte au niveau d'un coude et on verra ultérieurement qu'on a ouvert en même temps, le canal hépatique droit, car il existe un abondant écoulement de bile par cette même zone. On lie au ras de cette vésicule, l'artère cystique qui semble branchée sur cette énorme artère, sans doute l'hépatique.

Décollement duodéno-pancréatique.

Gastrectomie, on enlève l'estomac avec le grand épiploon qui lui est adhérent.

Drain et mèche dans la région sous-hépatique.
Hydrocortisone et pénicilline.

23.11.59

Le Professeur RUDLER, de Genève, intervient sur la fistule biliaire.

Elle est disséquée de proche en proche, jusqu'au niveau antérieur du foie sans ouvrir le péritoine. Incision sous-ombilicale, on va chercher la première anse jéjunale, on la sectionne à l'union avec la deuxième anse, la 2ème anse est isolée sur 40 cm, pour être amenée en sous-péritonéale jusqu'au niveau de la fistule ; anastomose en un plan au catgut chromé, une anastomose au fil de lin est pratiquée au pied de l'anse. L'incision latérale est fermée incomplètement en laissant la

peau en grande partie ouverte.

23.2.60

Le malade présente un ictère jaune citron ayant augmenté depuis le 26 décembre. A l'examen on sent un gâteau sous-hépatique important et douloureux.

On pratique une cholécystographie : la substance remplit uniquement les anses intestinales.

29.1.60

Intervention par le Docteur CROSETTI de Neuchâtel (Suisse)

A l'ouverture, un paquet d'anses accolées par de nombreuses adhérences entre elles et avec la paroi, après dissection, on arrive sur l'anse jéjunale montée en Y et qui faisait l'anastomose avec la fistule biliaire. Dissection de cette anse jusqu'au dessous du foie, et on trouve la fistule anastomosée. On cathétérise le trajet complètement oblitéré ; on arrive au carrefour hépatique, on résèque la fistule et on ouvre son orifice cholédocien, on passe un dilatateur, il s'écoule une collection de calculs, de bile et de pus. Il y a un abcès hépatique, on lave cet abcès, on met un drain en T N°7, on fait un Wolker sur l'ancienne anse en Y et on accole l'anse en Y au cholédoque.

Suites opératoires :

Apyrexie au bout de quelques jours, l'ictère régresse, il a disparu complètement en 2 semaines. Le malade fait ensuite une broncho-pneumonie de la base droite.

Actuellement, le malade va bien.

Discussion

A la troisième intervention, le paquet d'adhérences était dans la zone où avait été

faite la fistulo-anastomose secondairement obturée. Cette fistulo-anastomose avait été le siège d'un état infectieux accentué, plusieurs mois après l'intervention précédente. Il ne semble pas que le Docteur CROSETTI ait rencontré d'autres adhérences dans le reste de l'abdomen.

On ne peut demander à la cortisone qu'une action temporaire sur des phénomènes infectieux concomitants. Etant donné les phénomènes inflammatoires depuis cette fistulo-anastomose, on ne peut mettre ces adhérences sur le compte certain d'un échec de l'hydrocortisone. Les suites opératoires de Monsieur Tas... après la fistulo-anastomose avaient été marquées par la simplicité du transit post-opératoire.

o

OBSERVATION N° 25

J.C. Bol..., 7 ans. Péritonite secondaire diffuse opérée par le Docteur BOSSON

10.4.59

Cet enfant est hospitalisé, car depuis 2 mois il présente des crises douloureuses localisées à la région épigastrique, sans aucun autre signe, l'examen clinique est négatif; il ne présente ni vomissements, ni diarrhée, mais aérophagie importante, et il a maigri.

25.4.59

On intervient, car les radios ont montré un intestin grêle repoussé par une masse et cet intestin paraît douloureux.

A l'intervention, on est d'abord frappé par un énorme dolicho-sigmoïde qui repousse les anses grêles et paraît être l'explication la plus vraisemblable des troubles. On ne

fait rien sur ce dolicho-sigmoïde, comptant sur un traitement médical pour l'améliorer. L'appendice est exploré sur un caecum mobile. L'appendice rétro-caecal est enlevé par voie rétrograde. Sur l'intestin grêle, un diverticule de Meckel est enlevé par excision suivie d'une double suture intestinale au catgut et fil de lin. On ne met pas de drainage.

2.5.59

Après des syndromes successifs répétés de sub-occlusion, l'enfant fait une péritonite secondaire diffuse, et présente une éviscération sous le pansement au moment de l'intervention. On trouve du pus et du sang décomposé dans l'abdomen en grande quantité, et de nombreuses anses agglutinées à la paroi antérieure.

On assèche, on fait un drainage sus-pubien, on met hydrocortisone et pénicilline. Les suites sont simples.

Mai 1960

L'enfant va bien, n'a pas de troubles du transit, les radios montrent un intestin sans particularité.

o

OBSERVATION N° 26

René Can..., 57 ans. Péritonite d'origine sigmoïdienne, opérée par le Docteur XAMBEU.

25.12.59

La maladie commence par une diarrhée intense avec peu de douleurs; et d'emblée une température très élevée.

Puis la diarrhée diminue progressivement mais la température reste élevée et apparaît une dyspnée qui est une dyspnée toxique.

Le diagnostic clinique hésite entre péritonite appendiculaire et péritonite à pneumocoques.

Le 29.1.59

Intervention.

Incision iliaque droite que l'on élargit à 3 reprises. Il existe du pus dans le ventre sous forme de séries d'abcès cloisonnés, entre lesquels existe une ascite peu purulente. Le caecum est fixé ; on arrive à retrouver l'appendice qui est rétro-caecal ; mais ne présente pas plus de lésions que le reste du gros intestin. En effet sur le caecum et les dernières anses grêles en particulier, on trouve non seulement des abcès, mais des quantités de fausses membranes.

La main glissée dans le ventre évacue une série d'abcès ; on vérifie qu'il n'y a pas de diverticule de Meckel.

La main glissée sur le côlon trouve une zone dure sur le sigmoïde et l'existence d'une péritonite à point de départ d'une diverticulose colique gauche n'est pas exclue complètement.

L'appendice est enlevé, on place une série de drains, l'un dans l'hypochondre siège d'un abcès, un autre dans la fosse iliaque droite, un troisième dans le Douglas et un quatrième dans la fosse latérocolique droite. In situ : 5 millions de pénicilline, 1 g de streptomycine, et 125 mg de cortisone. Les suites sont difficiles ; les selles viennent rapidement, mais la fièvre persiste plusieurs jours.

Mai 1960

Le malade va bien, ne souffre pas de troubles du transit, va à la selle régulièrement tous les jours, ne se plaint ni de ballonnements ni de douleurs.

La radiographie montre un estomac qui paraît refoulé par un gros foie ; un passage du grêle

normal et peut-être une anse légèrement dilatée.

Discussion

Il s'agissait d'une énorme péritonite généralisée, vraisemblablement d'origine sigmoïdienne. Il est remarquable, que le malade ait survécu malgré la toxicose déjà avancée. Il semble que l'hydrocortisone ait favorisé la guérison en aidant l'action des antibiotiques. Ce malade n'a pas fait d'occlusion malgré l'importance de l'atteinte péritonéale, et les abcès cloisonnés multiples sur le grêle.

o

OBSERVATION N° 27

Marcel Bin..., 59 ans. Occlusion, péritonite par perforation sub-aiguë d'un cancer sigmoïdien, opéré par le Docteur XAMBEU.

Alors qu'il présente depuis 3 semaines une fièvre inexpiquée, un syndrome occlusif se constitue progressivement avec température à 39° ; vomissements et ballonnements. Le malade entre d'urgence en chirurgie le 15.10.59 pour sub-occlusion.

La radiographie montre des signes d'occlusion:
aérocolie, dilatation du grêle,
niveaux liquides,
sténose sur le côlon sigmoïde,

Le lavement opaque montre une image lacunaire avec verrou à la limite du sigmoïde et du côlon descendant.

Le malade reste en observation pendant 12 heures sous traitement médical et aspiration.

15.10.59

A l'ouverture, du péritoine, jets de pus envahissant le mésentère et le grêle. Dans le petit bassin, une masse énorme difficile à séparer de la vessie ; tumeur constituée par

la partie moyenne de l'anse sigmoïde nécrosée, gangrénée et perforée.

Résection moyenne du sigmoïde avec suture partielle faisant anus, Mikulicz dans le petit bassin, Hydrocortisone abdominale, Pénicilline : 10 millions, Streptomycine : 1 g.

Diagnostic histologique :

Perforation d'un adéno-carcinome à l'endroit de sa plus grande nécrose. Le carcinome a longuement pénétré dans le tissu adipeux.

Suites opératoires

On continue l'aspiration pendant 8 jours après l'intervention, jusqu'au fonctionnement de l'anus artificiel. On donne de la cortisone par voie générale à la dose de 100 mg pendant 4 jours puis 50 pendant les 4 jours suivants, on y associe de la Vitamine C : 500 mg, 3 g de potassium par jour, et 10 millions de pénicilline dans une perfusion de sérum glucosé et salé.

Par la suite, on ajoute de l'acéto-stérandryl.

1.11.59

Premières selles par voie normale.

Variations de température :

Le 16.11.59 39°2

17 39°2

18 39°6

19 37°6 (on réduit la pénicilline à 5 millions)

20 39°

Puis la température du soir oscille entre 37°8 et 38°2, jusqu'au 27. Le 24 on enlève le Mikulicz et on pose un drain.

Le 28 36°8

29, la pénicilline est réduite à 1 million.

A partir du 2.12.60, l'apyrexie est définitive.

28.1.60

Le malade consulte. Il va bien, l'anus s'est fermé spontanément.

15.3.60

Il va bien, mange bien, a des selles tous les jours, mais est plus ballonné qu'il y a 2 mois. A l'examen, il n'y a pas de métastases hépatiques, du moins apparemment.

25.7.60

Le lavement opaque montre un parcours recto-sigmoïdien normal. La position de ce segment est assez horizontale, ce qui plaide pour des adhérences péri-sigmoïdiennes, mais le relief de la muqueuse est excellent. Le tonus et le péristaltisme sont normaux.

o

OBSERVATION N° 28

Michel Gra..., 18 ans. Péritonite d'origine inconnue, opérée par le Docteur XAMBEU .

Malade soigné en médecine pour abcès possible du flanc gauche. Il y a eu truquage de la température ayant retardé son passage en chirurgie.

8.5.57

Contracture de l'hypochondre gauche, le malade passe en chirurgie avec le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Brusquement, apparition d'un syndrome péritonéal aigu. On fait une incision sus-ombilicale, on découvre 300 à 400 cc de pus libres dans tout le ventre. Le pus paraît venir de la région spléno-rénale gauche encore qu'il n'y ait pas dans cette région, d'adhérences, mais une quantité de pus anormale pour un abcès qui aurait fusé dans

la région sous-mésocolique. La rate est adhérente par sa face postérieure et présente 2 petits nodules noirâtres. On évacue le pus à l'aspirateur, un petit drain est mis dans la région spléno-rénale gauche et dans la région latéro-colique droite. On ne sent rien autour du rein gauche.

Hydrocortisone (125 mg), et tifomycine sont abondamment répandues dans la ventre. On continue le même traitement par voie générale dans les jours qui suivent.

Le malade revu en mai 1960, va très bien, les radiographies de l'intestin montrent des images normales.

o

OBSERVATION N° 29

Monsieur Gérard Cha.... Hématome sous-péritonéal, opéré par le Docteur XAMBEU.

2.9.57

Ce jeune homme a reçu un coup dans le flanc droit 48 heures avant par chute de scooter. Devant l'apparition d'une défense qui va en s'accroissant, on intervient par incision sus- et sous-ombilicale. Il n'y a pas de lésions abdominales ; mais un énorme hématome sous-péritonéal qui fuse depuis la région rénale droite, envahit la région du caecum et du côlon transverse. Cet hématome a transsudé dans l'abdomen. On éponge le sang et on met un peu d'hydrocortisone : 125 mg.

Après l'intervention, Monsieur Cha... a reçu 1 million de pénicilline par jour pendant 8 jours et 1 g de streptomycine par jour pendant 9 jours.

La température a varié comme suit :

1er jour 38° / 38°4

2ème " 37°4 / 38°2

3ème jour 37°4 / 38°4
4ème " 38°4 / 38°8 pénicilline 3 M
5ème " 37°4 / 38°
6ème " 37°2 / 37°4

15.9.57 : le malade sort de l'hôpital.

o

OBSERVATION N° 30

Louisa Meg..., 32 ans. Césarienne, opérée par le Docteur XAMBEU

Malade opérée antérieurement d'une hystéropexie.

6.11.58

Césarienne pour défaut de dilatation. Dès l'ouverture on voit que le péritoine pariétal adhère d'une manière intime au corps utérin. On fait une césarienne corporéale, la paroi utérine est très hémorragique. Le péritoine pariétal et le péritoine utérin sont rabattus ensemble. On ne cherche pas à libérer les adhérences voisines, car l'opération a été laborieuse.

Suites opératoires :

Syndrôme nerveux très accentué, avec hyperthermie, troubles respiratoires et cardiaques. Les phénomènes cessent avec cortisone et hydro-cortisone injectables.

18.5.60

Cette femme souffre depuis l'opération, elle présente des douleurs de l'hypochondre gauche, et des douleurs en barre le soir. Elle est très constipée (5 jours) et se plaint de ballonnements.

Radiographie :

L'examen du tube digestif montre un estomac un peu enroulé et l'existence de deux zones adhérentielles, l'une dans le domaine du grê-

le supérieur, l'autre dans le domaine du grêle inférieur.

Ces 2 zones produisent donc des images de stase.

Discussion

Les adhérences ayant rendu difficile l'intervention, la difficulté au cours de cette césarienne et l'hémorragie n'ont pas permis de s'occuper de la question périviscéritique de voisinage. De plus, l'hydrocortisone a été administrée seulement par voie générale, et dans ces conditions il aurait fallu continuer les injections longtemps pour prévenir la formation de nouvelles adhérences.

o

OBSERVATION N° 31

Paolo Fot..., 18 ans. Tuberculose iléocaecale, Docteur XAMBEU.

3.6.60

Se présente à l'hôpital avec :

- douleurs dans la fosse iliaque droite, (plusieurs épisodes analogues précédents)
- nausées,
- troubles de la miction,
- selles normales,
- langue saburrale,
- température à 37°

A l'examen,

- défense de la fosse iliaque droite maximum dans la région péri-ombilicale,
- douleurs provoquées avec maximum au même niveau,
- sensation d'empâtement de la fosse iliaque droite.

On pose le diagnostic d'appendicite.

Intervention :

Incision iliaque droite que l'on devra agrandir à plusieurs reprises. Toute la région iléo-caecale est prise dans de nombreuses membranes anormales. Ces membranes sont libérées progressivement. On trouve alors de nombreux ganglions dont certains d'allure caséuse, dont un qui a une allure tumorale sur le caecum. L'appendice, par contre malgré toutes les libérations que l'on fait de la région iléo-caecale est complètement introuvable. On prélève un des ganglions et on draine la région par une mèche sur streptomycine : fermeture partielle. Hydrocortisone in situ.

Diagnostic histologique : foyer tuberculeux caséux calcifié.

Suites opératoires :

Pendant 2 jours, le malade reçoit 1 g de di-hydro-streptomycine, plus bi-pénicilline.

Le lendemain de l'opération, la température monte à 39°.

Du deuxième au neuvième jour après l'opération on donne 4 comprimés de cortancyl. Plus 2 millions de bi-pénicilline.

L'apyrexie est obtenue au 4e jour et se maintient.

Les premiers gaz apparaissent le 4ème jour après l'intervention et les premières selles, le 3ème jour.

Le 13 juin, on arrête tout traitement.

Depuis, le malade va bien, l'empâtement de la fosse iliaque droite a complètement disparu.

OBSERVATION N° 32

Lucien Gui..., 14 ans. Iléite terminale, opérée par le Docteur XAMBEU.

14.5.60

Ce garçon est adressé pour crise d'appendicite. Il se présente avec empatement de la fosse iliaque droite, douleurs intermittentes au même niveau, vomissements depuis 24 heures et température à 38°.

Intervention :

Incision que l'on doit agrandir, l'appendice rétro-caecal n'est pas en cause, on l'enlève systématiquement, mais les premières lésions se trouvent au niveau de la dernière anse grêle, cartonnée sur 10 cm violacée avec des ganglions dans le méso ; quelques fausses membranes, pas de diverticule de Meckel. Le caecum est haut situé sous les côtes, et la première partie de l'iléon est fixée par une membrane ; comme le serait un caecum dont il tient absolument la position. Il semble donc s'agir d'une maladie de Crohn avec iléite terminale, on fait cependant une biopsie ganglionnaire. In situ, on laisse pénicilline, streptomycine et hydrocortisone.

Dans les jours qui suivent, on donne de la di-hydro-bi-pénicilline. Le malade est apyrétique le 16 mai. Il a des gaz dès le premier jour et ne souffre pas.

Diagnostic histologique :

Il s'agit d'une hyperplasie suspecte de processus lymphoblastomateux, le ganglion n'est pas caractéristique d'une iléite terminale bénigne, mais il faut soupçonner une sténose tumorale.

OBSERVATION N° 33

Marcel Pau..., 60 ans. Périviscéríte chronique.

1955 : appendicectomie.

Depuis, il présente de temps à autre des crises douloureuses aiguës accompagnées parfois de vomissements.

7.1.58

On intervient : incision sus- et sous-ombilicale. Il existe une périviscéríte du moyen degré du grêle avec quelques brides par épiploïte. On suit le grêle du haut en bas, on enlève les adhérences, on répare les points déperitonisés. On termine par un badigeonnage de haut en bas à l'hydrocortisone : 250 mg et fermeture au nylon.

Les suites opératoires ont été excellentes.

Le malade revu en mai 1960 ne souffre pas du ventre, va à la selle tous les jours, se plaint de quelques rares ballonnements.

Suites opératoires immédiates :

La température a varié comme suit :

1er jour 37°4 / 37°4

2ème " 37°4 / 37°4

3ème " 37°4 / 38°

Cette élévation due à une bronchite qui a été rapidement jugulée par la bronchocilline.

4ème jour 37°2 / 37°.

o

OBSERVATION N° 34

Leq... Occlusion par périviscéríte, opérée par le Docteur XAMBEU.

4.3.58

Intervention pour occlusion, on rencontre de nombreuses brides abdominales dont une a

provoqué l'occlusion. On vérifie la totalité du grêle, on supprime toutes ces brides. Tout le grêle pelvien est enduit de fibrine. On met 250 mg d'hydrocortisone, plus pénicilline, plus streptomycine.

Le malade ayant quitté la région, nous n'avons pas pu avoir de renseignements sur son état actuel.

o

OBSERVATION N° 35

Julien Bla..., 60 ans. Syndrome perforatif, traité par aspiration, intervention secondaire pour douleurs et fièvre, opéré par le Docteur XAMBEU.

1942 : est opéré pour un ulcère d'estomac.

15.3.58

Syndrome de perforation d'ulcère traité par aspiration.

27.5.58

On intervient pour des phénomènes douloureux. On trouve des adhérences entre le foie et le pylore, une cicatrice d'ulcère pylorique, mais sans signe d'évolution actuelle. Le foie est gros ; on dépose de la thrombase sur le foie et de l'hydrocortisone dans la région hépatico - duodénale.

Vu l'état du malade : tuberculeux pulmonaire et grand insuffisant respiratoire, on ne fait pas de gastrectomie.

Mai 1960 : Il va bien, n'est jamais ballonné, ne souffre pas et va à la selle régulièrement.

o

OBSERVATION N° 36

Claudia Pon..., 44 ans. Sub-occlusion pour périviscérite, opérée par le Docteur XAMBEU.

Cette malade a été déjà opérée pour hystéropexie, elle a présenté des phénomènes sub-occlusifs après l'opération, puis elle a présenté ces mêmes troubles un mois après. Depuis, elle fait des sub-occlusions plus fréquentes plus marquées ces derniers jours avec niveau liquide à la radio.

30.9.58

On intervient : incision sur l'ancienne cicatrice. On tombe sur une bride longue, tendue entre l'utérus et la paroi. On libère des adhérences épiploïques, on fait une résection partielle de l'épiploon, on libère plusieurs anses, on termine par un comblement du Douglas.

On met de l'hydrocortisone dans l'abdomen.

Suites opératoires

Le soir de l'intervention, la température est à 37°4.

1er jour 37°8 / 37°6

2ème " 37°4 / 37°8

3ème " 37°4 / 37°8

4ème " 37° / 37°4

Gaz au 4ème jour.

Mai 1960 : Cette femme se plaint d'un certain nombre de troubles : douleurs en barre épigastrique, crise de ballonnements soulagées par l'émission de gaz, et constipation opiniâtre.

S'agit-il d'une neurotonique, ou est-on en présence de récidives d'adhérences ?

o

OBSERVATION N° 37

Madame Bar..., 45 ans. Occlusion et kyste du côlon, opérée par le Docteur XAMBEU.

21 juillet 1958 : Cette malade est opérée

pour occlusion. Cette malade a un passé chirurgical important, elle a déjà subi 4 interventions.

1928 : appendicectomie,

1940 : césarienne,

1943 : césarienne, suivie de septicémie,

1947 : hystérectomie pour fibrome.

Intervention pour occlusion (21.7.58)

7.8.58

2 semaines après l'intervention pour occlusion, crise douloureuse abdominale, sans qu'il y ait véritablement de phénomènes occlusifs. Depuis, à 3 reprises, cette femme a présenté des phénomènes douloureux violents.

Sur les radios faites en période de crise, on a constaté l'absence de signes radiologiques d'occlusion et par transit et par lavement baryté. On voit cependant une petite zone anormale sur le côlon transverse.

Elle a mal tous les jours soit avant, soit après les repas ; présente des alternances de diarrhée et de constipation, à des selles enrobées de graisses.

L'examen des selles montre une digestion insuffisante des graisses.

2.12.58

On réintervient, en faisant une incision médiane dans l'ancienne cicatrice. On constate d'emblée que le grêle n'est pas dilaté, on va vers la tumeur de la fosse iliaque droite ; cette tumeur du volume d'une mandarine est située sur le côlon transverse. Elle est constituée par un volumineux kyste situé sur la paroi du côlon transverse. Ce kyste est inflammatoire recouvert de fausses membranes. Il existe à ce niveau une forte bride constituée par le grand épiploon. Décollement colo-épiploïque localisé, cli-

vage de la bride de la paroi intestinale.

Il est à noter que le reste de l'abdomen ne présente à peu près aucune adhérence à part une ou deux localisées. Péritonisation d'une ou deux zones d'adhérences. Pénicilline et hydrocortisone. Section d'une bride constituée par le ligament rond qui avait dû être fixé à la paroi.

Suites opératoires

La malade a reçu 1 g de streptomycine et 1 million de bi-pénicilline par jour pendant 4 jours.

La température a varié comme suit :

1er jour 37°2 / 38°

2ème " 37°2 / 37°4

3ème " 36°8 / 37°2

Gaz le 2ème jour.

Mai 1960

Cette femme se plaint de douleurs abdominales mal précisées, a des crises de ballonnement terminées par l'émission de gaz, et souvent à jeun. Cependant elle se trouve améliorée, alors qu'elle était constipée avant cette intervention, elle va maintenant à la selle régulièrement.

Discussion

Pour ces deux dernières malades, sur le plan clinique on trouve une persistance des troubles. Les radiographies pratiquées en mai 1960, peuvent faire suspecter l'existence d'une gêne du transit localisée, mais elles ne sont pas assez concluantes pour l'affirmer. En l'absence de réintervention, il est impossible de dire s'il s'agit de douleurs dues à de nouvelles adhérences ou de troubles neurotoniques chez des polyopérés.

OBSERVATION N° 38

Marie Cle...Périviscéríte aiguë sur kyste de l'ovaire suppuré, opérée par le Docteur XAMBEU.

20.11.58

Malade présentant un abdomen très volumineux, une cachexie débutante avec température le soir, aux environs de 39°, le diagnostic pré-opératoire est celui de kyste de l'ovaire, géant.

Il existe en effet une énorme masse kystique adhérent à la paroi, c'est un kyste dermoïde suppuré et on aspire de nombreux litres de liquide. Au kyste adhérent des anses intestinales. On libère ces anses oedémateuses, on arrive à la corne utérine droite, on devine l'utérus laminé et on aperçoit un autre kyste de moindre volume environ 1 à 2 litres dans la fosse iliaque gauche, on libère ce kyste très adhérent, on complète par une hystérectomie totale.

Drain et mèche dans le petit bassin, par le vagin, péritonisation colo-vésicale, 250 mg d'hydrocortisone, 5 millions de pénicilline et 1 g de streptomycine.

On enlève quelques morceaux de grand épiploon très abîmés, on glisse 2 petits drains pour injections d'hydrocortisone, que l'on continue dans les jours suivants.

Il faut noter que plusieurs anses grêles étaient très enflammées.

o

OBSERVATION N° 39

Madame Hélène Des..., 31 ans. Périviscéríte chronique opérée par le Docteur XAMBEU.

1951 : Cette malade est opérée pour hémorragie intra-péritonéale par rupture de kyste folli-

culaire ou lutéiforme, depuis cette période, elle souffre du ventre, est subfébrile. On diagnostique une péritonite tuberculeuse, une nouvelle intervention enlève la trompe et l'ovaire droits, les règles deviennent normales, mais cette femme reste très nerveuse.

1955 :

Elle souffre de la fosse iliaque droite : douleurs à type de brûlures ; constipation, ballonnement. Les règles sont douloureuses avec cystalgie. Tous ces troubles sont attribués à des phénomènes de colite, congestion pelvienne sur un terrain psychique prédisposé.

1956 :

La malade consulte toujours pour les mêmes troubles. Elle suit un traitement au largactyl et frénantol.

1.9.58

Cette femme qui a eu un enfant il y a un an, souffre de plus en plus ; elle a de la gêne à se relever et à marcher, elle est subfébrile, souffre du ventre les 10 jours précédant les règles. Les selles sont normales, mais il faut noter des crises de ballonnement.

L'examen montre un caecum de stase.

2.2.59

Elle souffre sans arrêt du côté droit avec cystalgie et ballonnement. On intervient. Médiante sous-ombilicale ; on libère des adhérences épiploïques à la paroi. Il existe une adhérence entre le caecum et le moignon de la corne droite. On excise la corne droite dont il ne reste plus qu'1 cm ; et l'on s'aperçoit que l'adhérence se fait en réalité sur la base de l'appendice qui est rétro-caecal. On met in situ de l'hydrocortisone

et de la streptomycine, on referme sans drainage.

L'examen histologique a montré une péri-appendicite très scléreuse pouvant être expliquée dans son aspect adhérentiel, par un ancien tératome de l'ovaire.

Depuis cette intervention, la malade n'a pas consulté.

o

OBSERVATION N° 40

Huguette Del... kyste de l'ovaire et adhérences, opérée par le Docteur XAMBEU.

Cette jeune fille a été opérée antérieurement d'appendicite et à 2 reprises de trompes sinueuses et de torsion de kyste de l'ovaire.

10.3.59

Syndrome douloureux aigu, de la fosse iliaque droite.

On tombe sur un blocage du petit bassin, qui empêche de mettre la valve. Le caecum et la dernière anse iléale sont fixés sur un kyste de l'ovaire suppuré. On dégage progressivement ce kyste de l'ovaire, qui est enclavé dans le ligament large. Avec précautions, on l'extirpe le plus près possible de l'utérus de manière à ne pas toucher l'uretère qu'on ne voit pas. L'utérus qui s'est fixé à l'ancienne ligne de l'incision transversale est séparé de la paroi. On suture ensuite les petites plaies partielles faites sur le caecum et la dernière anse iléale. Le fond utérin est propre à fixer de nouvelles adhérences, on fait une hystérectomie subtotala de manière à avoir une péritonisation meilleure. Le col est fixé

par des débris de ligament large, puis on fit une péritonisation, exclue la zone de l'ancien kyste de l'ovaire, que l'on vient d'enlever.

Dans cette zone exclue, on met un drain, ainsi que la streptomycine, dans le reste de l'abdomen, on met pénicilline et hydrocortisone et un petit drain.

Suites opératoires

Température : 39°4 le soir de l'intervention.

1er jour	37°2 / 38°2
2ème "	37°2 / 38°2
3ème "	36°8 / 37°8
4ème "	37° / 37°6
5ème "	36°8 / 37°3

Elle a reçu 2 millions de pénicilline par jour pendant 5 jours, puis 1 million pendant 9 jours, du 3ème au 7ème jour, 4 comprimés de cortancyl.

Revue en mai 1960 : cette jeune fille qui auparavant souffrait souvent de l'abdomen, ne se plaint que de quelques douleurs lors des épisodes de constipation, douleurs siégeant alors dans la fosse iliaque gauche. Dans l'ensemble, elle s'estime très améliorée.

o

OBSERVATION N° 41

Christiane Gre..., 16 ans. Périviscérite iléo-caecale, opérée par le Docteur BOSSON.

30.4.56

Appendicectomie, il s'agit d'un appendice congestif avec péritonite appendiculaire. 9 mois après, phénomènes sub-occlusifs.

22.11.59

- Douleurs dans la fosse iliaque droite,

- arrêt des matières et des gaz,
- nausées et température à 37°9
- au toucher rectal, douleurs à droite.

28.11.59

Incision appendiculaire élargie. On tombe sur une occlusion partielle du caeco-côlon ascendant, complètement ceinturé par des brides péritonéales, l'amenant sous tension à la partie inférieure de la fosse iliaque, en arrière de l'arcade crurale. Libération.

250 mg d'hydrocortisone.

On continue pendant quelques jours l'hydrocortisone par voie générale, cette jeune fille n'a jamais eu de montée de la température, elle ne souffrait pas de ballonnements, ni de douleurs, puis 2 semaines après elle a présenté de la diarrhée alternant avec de la constipation et se plaignait de la fosse iliaque droite et a amorcé une petite réaction subfébrile. Ces troubles ont été traités à la colymicine et au potassium, il faut souligner qu'il s'agit d'une jeune fille dépressive avec tendance à la mélancolie.

28.1.60

Les radiographies de l'intestin sans préparation montrent en dehors d'une dilatation aérique assez importante des anses grêles, surtout du côté droit et d'un complexe ganglionnaire calcifié à droite, le lavement opaque montre un dolicho-sigma et un caecum tiré vers le bas et peu mobile.

o

OBSERVATION N° 42

Raymond Rio... Abscès pélvien, opéré par le Docteur XAMBEU.

19.8.57

Opéré pour appendice en voie de perforation, on dépose hydrocortisone 125 mg, et tifomycine dans la région pelvienne où s'étaient constituées de nombreuses adhérences.

N.B. : Il avait été opéré d'une hernie crurale en 1951.

Revu en juin 1960, le malade est en parfaite santé, ni ballonné, ni constipé et ne souffre pas du ventre.

o

OBSERVATION N° 43

Madame R.M., 59 ans. Occlusion (néo du rectum), opérée par le Docteur BOSSON.

22.5.60

Cette femme qui souffre depuis 3 semaines de douleurs abdominales avec troubles du transit et n'a jamais été opérée, est hospitalisée aujourd'hui ; elle présente un tableau de sub-occlusion avec impression de masse rénitente à gauche.

Le toucher rectal est négatif.

23.5.60

Devant l'exagération des troubles, on intervient ; on trouve deux occlusions : l'une partielle du grêle, par adhérence au niveau du pelvis, et l'autre du gros intestin (recto-sigmoïde par une tumeur qui se trouve être néoplasique. On fait une entérotomie pour vider le grêle, on sectionne l'adhérence du grêle ; on enlève la tumeur. On pratique un anus artificiel, latéral par ouverture de l'S iliaque.

On envisage pour la suite une résection.

14.6.60

Incision para- et sous-ombilicale. Il s'agit d'un gros néoplasme du haut rectum ou

même recto-sigmoïdien qui adhère fortement à la face postérieure du vagin.

On pratique une hystérectomie sub-totale, puis une dissection du sigmoïde et du côlon descendant, jusqu'au dessous de l'angle splénique. On procède à l'ablation de l'anus iliaque gauche. On dissèque le rectum jusqu'aux ailerons moyens que l'on respecte, on résèque l'intestin et on suture bout à bout en un plan le côlon descendant et le rectum.

On termine en mettant une mèche de sorbacel dans le petit bassin, un drain par la partie postérieure du col et du cul-de-sac postérieur vaginal, on met de la thrombase, de la pénicilline et 250 mg d'hydrocortisone dans le péritoine après péritonisation, et on laisse une sonde rectale.

L'histologie a montré un adéno-carcinome recto-sigmoïdien très avancé avec métastases séreuses.

Suites opératoires

La malade a reçu de la di-hydro-bi-pénicilline pendant 7 jours.

Voici les variations de la température :

1er jour	38°	/	39°2
2ème "	39°	/	38°6
3ème "	37°8	/	37°4
4ème "	37°2	/	37°7
5ème "	37°1	/	37°6

Par la suite, la température n'a pas remonté. Le 3ème jour, la malade a fait un foyer d'atélectasie de la base droite et a reçu de la solumédine pendant 3 jours.

Les premiers gaz sont apparus dès le premier jour, et les selles au troisième jour, et depuis, elles ont été régulières, quoti-

diennes, mais depuis le 4 juillet elles sont un peu diarrhéiques ; la malade ne souffre pas, n'est pas ballonnée et a commencé à se lever au bout d'une semaine.

Il n'y a pas eu de retard dans la cicatrisation, mais il faut souligner l'élimination au 10ème jour, au niveau de la suture de l'anus iliaque d'une quantité de pus vert de la valeur d'un verre, puis la cicatrisation s'est faite normalement à ce niveau.

Le drain a été retiré au 10ème jour, mais la malade continue à perdre des pertes purulentes abondantes par le vagin.

OBSERVATION N° 44

Monsieur Mei... Occlusion par bride, opérée par le Docteur XAMBEU.

10.6.60

Intervention pour une tumeur rénale ; celle-ci est inopérable (Docteur PICARD)

21.6.60

Devant la persistance du syndrome occlusif ; on intervient par une incision médiane sur l'ancienne cicatrice. Il s'agit d'une occlusion du grêle par bride venant de l'épiploon du côté droit. On met hydrocortisone ; pénicilline et streptomycine dans le péritoine, on ne draine pas.

Suites opératoires

Ce malade reçoit 1 million de bi-pénicilline par jour pendant 5 jours, plus de la vitamine C et à partir du troisième jour 180 mg de potassium.

La température a varié comme suit :

1er jour 36°8 / 38°2

2ème jour 36°6 / 37°5
3ème " 37°3 / 37°5
4ème " 36°9 / 37°

Ce n'est qu'au bout de 7 jours que les gaz réapparurent, et les selles après un lavement 2 jours plus tard. Le malade reste ballonné quelques jours jusqu'à l'ouverture d'un gros abcès pariétal. Il s'agit donc d'un échec partiel, était-il dû à la reprise d'une périviscérite inflammatoire ou à l'envahissement du côlon ? Était-il dû à une infection de la paroi, ayant plus ou moins fusé sur le péritoine. Nous ne saurions conclure, le malade est encore en traitement et se cachectise progressivement.

o

OBSERVATION N° 45

J.F. Mul... Occlusion par brides. Chirurgien : Docteur XAMBEU.

29.6.60

Cet enfant a déjà été opéré antérieurement pour extraction d'une barrette bloquée dans l'angle duodéno-jéjunal et récemment a subi une appendicectomie.

Après 24 heures d'observation, il présente des phénomènes subocclusifs très nets. La radio montre une anse dilatée avec des niveaux liquides. On fait une incision médiane sur l'ancienne cicatrice, une anse adhère à l'ancienne incision, on la libère et on pratique une péritonisation.

On met 125 mg d'hydrocortisone dans le péritoine.

Dans les jours qui suivent, l'enfant reçoit : 1 million de bi-pénicilline par jour pendant 4 jours, et 500.000 unités le 5ème jour, avec 0,50 g de streptomycine chaque jour.

1er jour	37°	/	38°
2ème "	37°5	/	37°5
3ème "	37°	/	37°5
4ème "	37°	/	37°7
5ème "	36°8	/	37°4
6ème "	36°9	/	36°9

Sort le 10ème jour.

o

OBSERVATION N° 46

Jean-Marcel Ara..., mésentérium communae et périviscérite localisée, opéré par le Docteur XAMBEU.

Ce malade présentait depuis longtemps un abdomen volumineux avec dyspnée, devant les tests hépatiques perturbés on pensait à une ascite cirrhotique, mais la ponction n'a rien ramené, et l'examen cardiologique s'est révélé absolument normal.

Les radios d'intestin auraient pu faire penser à un dolicho-côlon. Il y a quelques années, le malade a été opéré 2 fois sans que l'on sache pourquoi.

Il n'y a pas de signes de sub-occlusion, le malade faisant un large usage de laxatifs, on dose le potassium sanguin qui est normal.

20.6.60 : Intervention

Incision à cheval sur l'ombilic, que l'on doit agrandir vers le bas. On trouve à l'intérieur de l'abdomen, des anses dilatées et des anses plates. On dévide progressivement tout le grêle et tout le côlon, et on se rend compte qu'il s'agit d'un mesenterium communae ; le côlon gauche est accolé normalement, mais l'accolement s'arrête un peu à droite de la partie médiane du côlon transverse. La fin du côlon transverse et le côlon droit ne sont pas accolés, sauf au ni-

veau d'une petite partie du côlon descendant qui est accolé fortement dans la fosse iliaque droite ; le caecum, lui, regardant vers le haut. Cet accollement du côlon droit entraîne la formation d'une anse d'étranglement très large, mais dans laquelle passe le grêle. On note aussi l'existence d'une anse grêle accolée fortement, en canon de fusil ; cette anse est libérée et on fait une péritonisation.

Durant l'intervention, les anses grêles ont été maintenues sous sérum à hydrocortisone, on termine l'intervention, on fixe le côlon droit à la partie accolée du transverse gauche. Ainsi tout le grêle se trouve dans la partie basse et droite de l'abdomen tandis que le côlon se trouve dans la partie haute et gauche.

250 mg d'hydrocortisone plus pénicilline avant fermeture.

Suites opératoires

Le lendemain de l'intervention, la température est à 37°8 le matin, 38°2 le soir ; pendant 4 jours elle se maintient autour de 38°.

Pendant tout ce temps, le malade reçoit de la di-hydro-bi-pénicilline, 2 millions.

Le malade reste sub-fébrile jusqu'au 11ème jour.

Les 3 premiers jours, il a reçu des lavements hypertoniques, puis est allé spontanément à la selle pendant 2 jours, ensuite il a pris de l'huile de paraffine, car il avait toujours de la difficulté pour aller à la selle.

Les ballonnements ont persisté plus ou moins intenses pendant tout le séjour à l'hôpital.

Le 12ème jour, on a essayé le potassium 100 mg.

A noter que ce malade a reçu du pindione à la dose de 2 comprimés ; car le thrombélélastogramme était dans le sens de l'hypercoagulabilité (pindione pendant 6 jours).

Les radiographies faites le 2 juillet, sans préparation ont montré dans l'abdomen des éléments aériques sans formation de niveaux.

Ce même jour, le malade est sorti de l'hôpital de son propre chef.

Après l'étude de ces 46 observations, on peut conclure :

1° - A l'innocuité de l'hydrocortisone intrapéritonéale. Elle a été très bien tolérée, un seul décès post-opératoire est à relever et s'explique par les lésions et l'état du malade.

On n'observe pas d'accentuation de l'infection, sauf un cas de suppuration prolongée (observation n° 11) expliquée par l'étendue des lésions, cependant le résultat fut moins bon que d'habitude.

Mais dans un autre cas, Monsieur Bin..., observation n° 27, la température persiste longtemps mais on finit par obtenir une guérison sur laquelle, on ne comptait pas en fin d'intervention.

Nous avons eu un abcès de la paroi qui s'est compliqué d'une petite désunion des sutures, mais il n'y a pas eu à réintervenir.

2° - Les effets sur le syndrome général.

Il nous a semblé que dans un certain nombre de cas, l'association hydrocortisone - antibiotiques avait peut-être contribué à une guérison inespérée tels les malades des observations n° 27 et n° 22 ; il faut reconnaître qu'il fut adjoint de l'hydrocortisone par voie générale devant la gravité du syndrome toxique dans les cas n° 28 et 26.

Dans beaucoup de cas, nous avons été surpris par la simplicité des suites opératoires. On a vu la température tomber le soir même, dans l'ensemble, elle baisse plus rapidement que dans les cas identiques traités uniquement par les antibiotiques.

3° - Action locale

a) Sur l'infection :

Nous avons drainé très peu de malades. Dans un certain nombre de cas, les lésions étaient telles qu'il fallut quand même mettre un petit drain cigarette pendant 3 ou 4 jours. Dans certains cas, nous avons aspiré du pus et injecté ensuite par ce drain, hydrocortisone et antibiotiques ; mais l'écoulement de pus fut presque toujours nul. Il semble que les cas drainés avec adjonction d'hydrocortisone évoluent plus vite que ceux traités seulement par les antibiotiques.

b) Sur la prévention des occlusions :

Dans un cas, on eut à réintervenir pour occlusion, Monsieur Vag..., n° 23 ; mais il s'agissait d'interventions itératives, et l'occlusion s'était faite sur une bride unique.

A part cela, aucune occlusion, ni immédiate, ni tardive, et pourtant nombre de malades présentaient des lésions importantes avec des anses grêles couvertes de pus, de fausses membranes.

On peut objecter que la disparition des occlusions est due à la diminution du drainage, cependant dans les premières observations, des gros drains furent utilisés.

Dans les interventions pratiquées pour périviscérite, soit aiguë, soit subaiguë

ou pour péricaviscérite chronique, le nombre des observations est insuffisant pour conclure. Certains de ces malades souffrent de troubles du transit, il est vrai que certains sont des balafres de l'abdomen, et que leur psychisme est quelquefois atteint. De toute manière, il serait dangereux de compter uniquement sur l'hydrocortisone, et de saboter le temps principal qui reste une péritonisation aussi complète que possible. Il n'en reste pas moins que dans certains cas, la péritonisation ne peut être absolument parfaite, que les fils, de péritonisation sont eux-mêmes autant de corps étrangers, susceptibles de provoquer des adhérences ; peut-être dans ces cas-là, l'hydrocortisone est-elle susceptible de diminuer le risque de péricaviscérite ou de brides secondaires.

Utilisée au début d'une manière timide, cette thérapeutique est employée maintenant à l'Hôpital d'Annemasse avec plus de hardiesse ; au début, étaient éliminés tous les cas présentant des sutures intestinales de peur de voir un lâchage secondaire des sutures, actuellement, pour ces cas, on emploie l'hydrocortisone locale.

Il semble donc que dans toute inflammation aiguë du péritoine, il y ait intérêt à associer l'hydrocortisone locale aux antibiotiques, de même dans les lésions tuberculeuses. Une autre indication qui paraît souhaitable est celle d'une intervention laborieuse ayant entraîné des tractions sur les anses, de même lorsqu'on a été obligé de sortir les anses de l'abdomen. Actuellement, ces anses extériorisées sont recouvertes de champs imbibés de sérum mélangé à 125 mg d'hydrocortisone.

CONCLUSIONS

-:-

L'hydrocortisone nous a paru parfaitement tolérée, quelle que soit l'indication ayant poussé à l'utiliser ; on a observé une régression nette des occlusions post-opératoires ; une guérison plus rapide et si l'avenir confirmait ces premières impressions, on pourrait se demander s'il n'y a pas lieu de mettre de l'hydrocortisone au cours de toute laparotomie portant sur l'étage sus-mésocolique ; quelle qu'en ait été la bénignité, car l'expérience montre malheureusement qu'une intervention même bénigne est susceptible de provoquer des adhérences ou des brides.

-:-

Vu : Vu :
Le Président : Le Doyen :
signé : J. PATEL signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

M. HICOL,

Mém. Acad. Chir. T.78 793

29 octobre 1952

C.A. HUBAY, WECKESSER, HOLDEN

Surgery gynecology 96 65 janvier 1953

ZACHARIAE

Acta endocrinologica 16 149

juin 1954

LUTTWAK

Arch. of Surg. 75 July 1957

THOMASCHEK

Arch. of Gyn. 1959, 191, 377-431

HASSE

Brun's Beitr. Klin. Chir.

Déc. 1956 389-396 Av. 1958 196 174-177

de SANCTIS, SCHATTEN, WECKESSER

Arch. Surg. Octobre 1955 523-536

PAUCHET, GOEHLINGER

Les adhérences

ROMANI

Sem. Hôp. Paris 26 mai 1954

SOULLARD

Sem. Hôp. 10 567 6 février 1954

--

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

